|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 　 | 保険者番号 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |

療養費支給申請書(　　年　　月分)　(あんま・マッサージ用) |
|

様式第19号の2(第14条関係)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 被保険者欄 | ○被保険者番号 | ○発病又は負傷年月日 | ○傷病名 |
|  |  |  |  |  |  |  |  | 年　　　月　　　日 |  |
| 療養を受けた者の氏名 | （フリガナ） | ○発症又は負傷の原因及びその経過 |
|  | 男・女 |  |
| ○業務上・外、第三者行為の有無 |
| 明・大・昭・平　　　年　　　　月　　　　日生 | １．業務上　２．第三者行為である　３．その他 |
| 施術内容欄 | 初療年月日 | 施術期間 | 実日数 | 請求区分 |
| 　年　　月　　日 | 自・令和　　　　年　　月　　日～至・令和　　　　年　　月　　日 | 日 | 新規・継続 |
| 傷病名又は症状 |  | 転帰 |
| 継続・治癒・中止・転医 |
| マッサージ | 躯　幹右上肢左上肢右下肢左下肢 | 円×円×円×円×円× |  　　  |  | 回＝回＝回＝回＝回＝ |  | 円円円円円 | 摘　　　　要 |
|  | 温罨法（加算） |  | 円× |  |  | 回＝ |  | 円 |
|  | 温罨法・電気光線器具（加算） |  | 円× |  |  | 回＝ |  | 円 |
| 変形徒手矯正術（加算）※温罨法との併施は不可 | 右上肢左上肢右下肢左下肢 | 円×円×円×円× | 　　　 |  | 回＝回＝回＝回＝ |  | 円円円円 |
| 往療料　　４㎞まで |  | 円× |  | 回＝ |  | 円 |
| 往療料　　４㎞超 |  | 円× |  | 回＝ |  | 円 |
| 　施術報告書交付料（前回支給：　　年　月分） |  | 円× |  | 回＝ |  | 円 |
| 合計 |  | 円 |
| 一部負担金相当額（１割・３割） |  | 円 |
| 請求額 |  | 円 |
| 施術日通院○往療◎ | 月 | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 |
| 施術証明欄 | 上記のとおり施術を行い、その費用を領収しました。 | 保健所登録区分 | 1.施術所所在地　 2.出張専門施術者住所地 |
| 令和　　　年　　　月　　　日免許登録番号あん摩マッサージ指圧師 | 施術所　所在地　　　　名称　施術者　氏名　　　　　　　　　　　電　話　　　　　　　　 |
| 申請欄 | 上記の療養に要した費用に関して、療養費の支給を申請します。 |
| 令和　　　年　　　月　　　日福岡県後期高齢者医療広域連合　広域連合長　様 | 申請者（被保険者） | 〒　　 －住　所氏　名　　　　　　　　　　　 電　話 |
| 支払機関欄 | 金融機関名 銀行　　信用金庫　　　　　　　　　　信用組合　　協同組合 | 本店（所）　　　　　　　　　　　　　　　支店（所） | 預金種別1.　普通　2.　当座3.（　　　） |
| 口座名義カタカナで記入 |  | 口座番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 同意記録 | 同意医師の氏名 | 住所 | 同意年月日 | 傷病名 | 要加療期間 |
|  |  | 令和　　年　　月　　日 |  |  |

|  |
| --- |
| 　　本申請書に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。　　令和　　　　年　　月　　日 |
| 　　申請者　　住所　(被保険者)　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　印 | 代理人　　住所　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　印 |

※　給付金に関する受領を代理人に委任する(申請者名義以外の口座に振込を希望される)場合に記入してください。

　　ただし、施術者又は施術所関係者等に、給付に関する受領を委任することはできません。

　　なお、署名の場合は、押印の必要はありません。